

Antrag auf Genehmigung:

Spezielle Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (QS-Vereinbarung Spezial-Labor)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen* -bitte beifügen-

Facharzt für

- Laboratoriumsmedizin** Abschnitt 32.3 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen des Abschnitts 1.7 sowie 01763, 01767, 01769 und 19328 EBM

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- II **Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** Mikroskopische, biochemische, immunologische und molekularbiologische Leistungen zum Nachweis von Bakterien, Viren, Pilzen und anderen übertragbaren Agenzien des Abschnitts 32.3 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen des Abschnitts 1.7 sowie 01763, 01767, 01769 und 19328 EBM
- mit 12-monatiger Weiterbildung im Gebiet Laboratoriumsmedizin** Mikroskopische Untersuchungen, Funktions-, Gerinnungs-, klinisch-chemische und immunologische laboratoriumsmedizinische Untersuchungen
-
- III **Transfusionsmedizin** Immungenetische, immunhämatologische und/oder infektionsimmunologische Leistungen des Abschnitts 32.3 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen des Abschnitts 1.7 einschließlich der Verträglichkeitsuntersuchungen an korpuskulären und plasmatischen Bestandteilen des Blutes sowie an blutbildenden Zellen
- mit 12-monatiger Weiterbildung im Gebiet Laboratoriumsmedizin** Mikroskopische Untersuchungen, Funktions-, Gerinnungs-, klinisch-chemische und immunologische laboratoriumsmedizinische Untersuchungen
-
- IV **Facharztgruppen gemäß Präambel 19.1 Nr. 4 und 11.1 Nr. 11 EBM** zum Beispiel: - Pathologie oder Neuropathologie für Molekularbiologische Untersuchungen
- Humangenetiker oder Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“ für Molekular- und Immungenetische Untersuchungen
-
- V **Andere Fachärzte** Folgende Leistungen des EBM Abschnitts 32.3 werden beantragt:
Hinweis: Kolloquium erforderlich (§ 3 Abs. 2)
- _____
- _____
- Folgende Leistungen des EBM-Abschnitts 1.7 werden beantragt:
- _____
- _____

Erklärung

Ich verpflichte mich,

- die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß der §§ 4 und 5 der Vereinbarung zu erfüllen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass

- die Qualitätssicherungs-Kommission die Dokumente gemäß § 5 einsehen darf.
- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung zu überprüfen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person